Ein Fall

von

Fibrom der grossen Schamlippe des Weibes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Gottfried Daxl

Assistenzarzt am städt. Krankenhause Fürth.

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Mai 1907.

Erlangen 1907.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen.

Dekan und Referent: Herr Universitätsprofessor Dr. Hauser.

Examinatoren: Herr Professor Dr. Denker, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Herr Hofrat Professor Öller, Direktor der Augenklinik.

Herr Professor Dr. Hauser, Direktor des pathologisch-anatom. Instituts.

Meinen Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549813_0144

Die Fibrome der grossen Schamlippe des Weibes sind, wie überhaupt alle gutartigen Neubildungen an der Vulva ziemlich seltene Erkrankungsformen, und in der Literatur sind nur wenige ausführlicher beschriebene Fälle dieser Art zu finden. Aus diesem Grunde dürften, bevor ich zur Erörterung meines Krankheitsfalles schreite, einige einleitende Bemerkungen über den Begriff des Fibroms und seine allgemeinen anatomischen Verhältnisse speziell an dieser Stelle wohl angebracht sein, namentlich im Hinblick auf die dieser Art von Geschwülsten nahe verwandte Elephantiasis vulvae.

Manche von den in der Literatur beschriebenen Fälle von Fibrom mögen zu den elephantiastischen Wucherungen gehören; denn sowohl durch ihre vielen Beziehungen in der Art ihrer Entstehung und ihres Wachstums als auch im histologischen Verhalten gleichen sich Fibrom und Elephantiasis. Virchow hat im 1. Band seiner Onkologie eine scharfe Trennung gemacht zwischen der Elephantiasis Graecorum: Die erstere ist eine im Verlauf und nach fieberhaften, entzündlichen Vorgängen, die oft erysipelatöser Natur sind, entstehende und bleibende Verdichtung und Verdickung des Bindegewebes der Haut, wobei auch die äussere, bedeckende Haut verändert wird. Die Elephantiasis Graecorum aber ist die Lepra, der Aussatz.

Zu der ersteren rechnet er ferner eine gewisse Gruppe von Fällen, die er wegen ihrer weicheren Konsistenz Fibroma molluscum nennt. Im Titelkupfer des 1. Bandes seiner Onkologie zeigt er eine prächtige Illustration zu einem von ihm näher beschriebenen Fall dieser Art. Im Anschluss daran sagt er: »Vergleicht man diese Bildung mit der Elephantiasis der Genitalien, so leuchtet die Analogie ein, nur stimmt der in der Regel ganz fieber- und entzündungsfreie Verlauf nicht. Denn die Entwicklung erfolgt meist ganz langsam und unmerklich. Trotzdem lässt sich eine Grenze nicht ziehen, da auch die Elephantiasis vulvae nicht selten in ähnlicher Weise verläuft. Nichts destoweniger habe ich nichts dagegen einzuwenden, wenn man diese Form abtrennen will; der passende Name würde dann Fibroma molluscum sein.«

In mehreren Fällen der in der Literatur beschriebenen, zweifellosen Fibromen der Vulva findet sich nun der deskriptive Zusatz: molluscum. Dazu bemerkt Veit (Handbuch der Gynaecologie, III. Bd. 1): »In einigen Beobachtungen soll damit weiter nichts gesagt sein, als dass der Tumor beweglich und polypös von der Vulva herabhing. In anderen Fällen dagegen ist doch vielleicht etwas anderes damit gemeint. Es kommen kleine, hautartige, längliche Auswüchse an der Haut der grossen Labie vor, die man dem Geschwulstcharakter nach entschieden hieher rechnen möchte, die aber dann etwas anderes sein müssen, wenn sie in mehrfach längeren Zipfeln nebeneinander von der Vulva herunterhängen. Orrillard (Ann. de Gyn. Tome XXXIX, p. 401) und Mauclaire (Ann. de Gyn. Tome XL, p. 409) beschreiben

beide ein Molluscum pendulum der Vulva; der erstere sicher ein Fibrom von Orangengrösse, das gestielt von der Vulva herabhing, Manclaire dagegen etwas anderes, wenn man nach der Skizze urteilen soll, und wenn man noch daneben die Abbildung von Marfan stellt, so erhellt, dass das eine andere Erkrankung ist, die vollkommen dem entspricht, was Virchow als Molluscum pendulum, als Hautfibrom schilderte. Nur für diese letzteren aber, die an der Vulva, wie natürlich auch anderen Stellen der Haut vorkommen, möchten wir den Namen Molluscum anerkennen, den anderen vulvaren Fibromen aber, wenn sie gestielt herabhängen, den Beinamen pendulum lassen.«

Nach ihm bestehen die echten Fibrome aus einem »isolierten oder mehrfach gelappt zusammengesetzten, rundlichen, gegen die Umgebung deutlich abgegrenzten Gebilde, das anatomisch wesentlich aus neugebildetem derbem Bindegewebe besteht; in ihnen sind, wie Klob zuerst gezeigt hat, nicht selten glatte Muskelzellen enthalten. Oft lässt sich auch bei den in den grossen Labien liegenden ein deutlicher Strang nach dem Leistenkanal zu feststellen. Die früheren Angaben, insbesondere von Scanzoni, dass sich in diesen Tumoren auch cystöse Räume befinden, müssen für manche Fälle uns noch mehr an den Zusammenhang mit Elephantiasis mahnen. Die hier vorhandenen Erweiterungen von Lymphgefässen können bei längerem Bestehen der Veränderung zu wirklich cystösen Erweiterungen führen, indem die bindegewebige Verdickung den Rückfluss noch mehr verhindert und zu stärkerer Ausdehnung führt. So kann, (ibidem) bei recht lange bestehender Elephantiasis vulvae bei Fortfall der durch sexuelle Beziehungen vielleicht noch

unterhaltenen entzündlichen Schwellung eine chronische Induration an Stelle der warzigen Hervorragungen zu stande kommen. Deshalb sieht Veit die Cystofibroide der Vulva und diejenigen Fälle von harten fibroiden Tumoren, in denen bei nicht ganz circumscripter Neubildung auch diffuse Infiltration der Haut besteht — z. B. der von Schiele publizierte Fall (Ein Fall von Fibrom an der Vulva. Inaug.-Dissert. Erlangen 1882) — eher als elephantiastisch denn als fibroid an. Zum Begriff des Fibroms der Vulva gehört also, zusammengefasst, einmal der fieberfreie, schmerzlose, nicht entzündliche Verlauf im Wachstum des Tumors, dann die circumscripte Geschwulstbildung, die sich hart und nicht fluktuierend anfühlt und die Haut verschieblich und unverändert lässt.

In der Literatur lassen sich folgende Fälle finden:

1. Fall.

Es[1]) handelt sich um eine 46 Jahre alte Fischersfrau, die hereditär nicht belastet, ausser einer Brustfellentzündung keine andere Erkrankung durchgemacht hat. Menstruation hatte Pat. vom 14. Lebensjahr an, immer regelmässig. Wochenbette hat sie sechs hinter sich, die alle gut und glatt abgelaufen sind, das letzte vor $1^3/_4$ Jahren. Vor etwa 3 Jahren bemerkte sie an der rechten grossen Labie eine halbfaustgrosse Geschwulst, die ohne irgend welche Beschwerden und unabhängig von Menstruation und Schwangerschaft allmählich an Umfang zunahm. Nur beim Wasserlassen war ihr die Geschwulst infolge ihrer Grösse unbequem. Sitzen konnte sie nur in der Weise, dass sie zwei Stühle dazu benützte und die Geschwulst

1) H. Geldner, Inaug.-Diss. Greifswald 1897.

zwischen die Stühle zu hängen kam. Die Geschwulst war schliesslich ca. mannskopfgross und hing an der unteren Hälfte der rechten grossen Schamlippe. Der Stiel setzte sich nach hinten auf die Glutäalgegend fort. Der grösste Umfang des Tumors betrug 48 cm, seine Länge von der hinteren Commissur an gemessen 20 cm, sein Gewicht nach der Operation 2442 g. Er war von ziemlich derber Consistenz; unter der Haut, die im übrigen vollständig normal aussah und verschiebbar war, sah man zahlreiche grosse Venenstämme deutlich hindurchschimmern. Auf dem Durchschnitt zeigte er ein grauweissliches, gleichmässiges, glänzendes, ziemlich derbes, festes Gewebe. Bei der Operation wird der Stil hart an der Vulva abgetrennt; dabei werden zwei Cystensäcke eröffnet; aus dem einen dringen Dünndarmschlingen hervor, der andere ist die Blase, wie sich später herausstellte. Durch seine Schwere hatte der Tumor das neben der Blase liegende Peritoneum sowie die Blase selbst stark nach unten gezerrt. Durch den Schnitt wurde von der Blase ein ca. fünfmarkstückgrosses Stück mit entfernt. Eine genaue Grenze zwischen dem eigentlichen Tumor und den übrigen Gewebsteilen war wegen des stark ödematösen Bindegewebes unmöglich zu ziehen. Die Heilung erfolgte glatt, mikroskopisch bestand der Tumor aus einem zarten, wellig angeordneten Fasergewebe, das mässig kernarm war; nur in der Umgebung der Gefässe zeigte sich eine reichlichere Anhäufung von Kernen, die in der grösseren Mehrzahl hoch entwickelte Kernformen vom Typus der Endothelkerne darstellten.

H. Geldner führt aus den Pariser Thesen 1883 (Thése pour le Doctorat en Médicine Présentée et

sontenue le vendredi 3 août 1883 par Ernèst Amourel. Des Tumeurs fibreuses des grandes lévres) noch drei Fälle an:

2. Fall.

Eine 41 Jahre alte Wäscherin, die im übrigen gesund war, war mit 3 grossen Tumoren behaftet, von denen der grösste von der rechten grossen Labie ausgehend von der Wurzel des Stiels aus gemessen 13 Zoll lang war, sein grösster Umfang 25 Zoll.

3. Fall.

Sein zweiter Fall ist bei weitem interessanter. Patientin ist eine 33 Jahre alte Frau, die mit einem Tumor an der linken unteren grossen Labie zur Welt gekommen war. Der Tumor war ganz allmählich gewachsen, ohne dass die Menstruation irgend welchen Einfluss auf das Wachstum gehabt hätte. Mit 29 Jahren verheiratete sie sich und bei eintretender Gravidität nahm der Tumor plötzlich an Umfang stark zu. Nach der Gravidität sank der Tumor zusammen, so dass er wieder so gross war wie vor der Gravidität. Der grösste Durchmesser dieses Tumors war 38 cm, der Umfang 55 cm, das Gewicht 3700 g.

4. Fall.

Patientin war eine 40 Jahre alte Frau, die sich guter Gesundheit erfreute. An der rechten grossen Labie hatte sie einen grossen Tumor, der in einem Zeitraum von 12 Jahren ganz allmählich gewachsen war, ohne dass Pat. irgend welche Beschwerden durch ihn gehabt hätte.

5. Fall.

W. Merkel (Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins Nürnberg 1902) veröffentlichte folgenden Fall: Eine im übrigen ganz gesunde 20jähr. Virgo hatte seit ihrem 10. Lebensjahre eine Schwellung der linksseitigen Geschlechtsteile beobachtet, welche stetig zunahm und endlich durch ihre Grösse jede körperliche Bewegung und Arbeit hinderte. Die Menstruation war ohne jeglichen Einfluss auf die Geschwulst. Bei der Untersuchung fand sich das rechte Labium maius entfaltet, nach unten dick gestielt in eine 2 faustgrosse, knollig höckerige, ausserordentlich harte, derbe Geschwulst übergehend. Die Haut über derselben war dick, beweglich. Von dem Tumor ausgehend fühlte man dem Stiele entlang dichtere Bindegewebsstränge gegen den Leistenkanal zu ziehend. Wenn die Pat. stand, hing die schwere Geschwulst bis zum Beginn des 2. Drittels des Oberschenkels herab unter starker Spannung des Stieles. Bei der Ausschälung des Tumors zeigte sich, das nur eine Arterie kleinen Kalibers von oben herab in denselben eintrat; die Hauptversorgung mit Gefässen erfolgte durch den Bindegewebsstrang vom Leistenkanale aus, woselbst in der Tiefe der Wunde auch einige cavernös erweiterte Gefässe umstochen werden mussten. Die Geschwulst war ein knolliges Fibrom, einzelne Knollen waren durch ödematöses Bindegewebe getrennt.

6. Fall.

v. Tischendorf (Centralblatt f. Gyn. 1888 p. 476 aus J. Veit, Handbuch d. Gynaec. III Bd. 1) beschreibt einen Fall von Fibroma pendulum, das von

der linken grossen Labie aus bei einer 22 Jahre alten Virgo ausging; der Tumor war faustgross, mit einem fingerdicken, etwa daumenlangen Stiel versehen; der Tumor war langsam seit ca. 4 Jahren gewachsen, hatte ein dekubitales Geschwür. Die Exstirpation war einfach. Die Geschwulst bestand aus ödematösen Bindegewebe mit stellenweiser Einlagerung von stark wuchernden Zellenhaufen. Das Hautepithel zeigte stellenweise Verdickung.

7. und 8. Fall.

H. Ester (Inaug.-Diss. Bonn 1892) berichtet über 2 neue Fälle von gestieltem Fibrom der grossen Labie. Der erste stammt von einer 35 Jahre alten rhachitischen Frau mit Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule. Der allmählich bis auf Kindskopfgrösse angewachsene Tumor, der vor 4 Jahren zuerst als bohnengrosse Härte an der rechten grossen Schamlippe bemerkt wurde, zog durch seine Schwere die grosse Labie so aus, dass die Geschwulst bald gestielt herabhängt. Der Stiel war kleinfingerdick und 9 cm lang. An seiner Oberfläche waren stark variköse Erweiterungen. An seiner unteren, inneren Fläche fanden sich 2 einmarkstückgrosse, schmutzig belegte Ulcerationen. Auf dem Durchschnitt waren 3 bohnengrosse vereiterte Cysten bemerkbar, aus denen sich Eiter ausdrücken liess. Pat. gab an, dass sie während der Menstruation ein stärkeres Anschwellen und ein Abschwellen nach Beendigung derselben bemerkt habe. Mikroskopisch bestand er aus lockrem Bindegewebe, in welchem fixe Bindegewebszellen, Wanderzellen und grosse Rundzellen eingestreut waren; Muskelzellen fehlten.

Der andere Tumor von einer 51jährigen Frau war seit 2 Jahren zur Grösse einer kleinen Birne gewachsen, war von runzeliger Oberfläche, von ziemlich weicher Consistenz und durch einen 3 cm langen Stiel mit der grossen Labie verbunden; der Tumor war rein bindegewebig. Die Tumoren wurden durch Excision des Stieles an seiner Ansatzstelle entfernt. Die Heilung der Wunde erfolgte per primam intensionem.

9. Fall.

Mulert (Ein Beitrag zu den fibrösen Neubildungen der Haut. Inaug. Diss. Berlin 1881) beschreibt das grösste bis jetzt bekannte Fibrom der grossen Schamlippe, das auch wegen seiner congenitalen Anlage interessant ist. Nach der Geburt wurde im rechten Lab. maius eine etwa thalergrosse Geschwulst entdeckt, welche bis zum 10. Lebensjahr die Grösse einer Birne erreichte. Im Verlauf von 22 Jahren wuchs der Tumor langsam und gleichmässig bis zur Grösse eines Kindskopfes. Da traten entzündliche Erscheinungen, fieberhafte Attaquen, Schwellung der regionären Lympfdrüsen hinzu: Es erfolgte eine rapide Zunahme der Geschwulst, welche nach weiteren 2 Jahren das Gewicht von ca. 36 Pfund erreichte.

Dieser Fall stellt übrigens den Typus des Fibroms nicht rein dar und Holzmann stellt ihn in seiner Abhandlung (Fibroma molluscum permagnum lab. mai. dextri', Marburg 1896) wegen der Art seiner Entwicklung, die sich durch die rapide Zunahme der Geschwulst im Anschluss an die Schwellung der Lympfdrüsen, wodurch die Lympfwege verlegt und

auch hier veränderte Circulationsbedingungen geschaffen wurden, auffallend den Erscheinungen nähert, wie sie die elephantiastischen Formen charakterisieren, zur Elephantiasis Vulvae.

10. Fall.

Interessant ist auch der von L. Fürst im Archiv für Gynaecologie 1886, pag. 102 ff. mitgeteilte Fall: Von der rechten grossen Labie hängt an einem bleistiftstarken, 8 cm langen Stiel eine feigengrosse Geschwulst. Der Stiel ist ziemlich empfindlich, zeigt erweiterte, oberflächliche Venen und deutlichen Pulsschlag. Die Geschwulst selbst ist von einer runzeligen, faltigen Haut bedeckt, die an dem tiefsten Teil des Gebildes einen eirunden, nussfarbigen, schwarzgrauen Brandschorf darbietet. Derselbe ist von einer lebhaft geröteten und in eitriger Absonderung befindlichen Zone umgeben und verbreitet einen durchdringenden Geruch. Die Geschwulst ist von mittlerer Härte und Derbheit, ohne Fluktuation. Mikroskopisch fand sich ein Gewebe, das aus teils lockerem, teils festerem, mit wechselnden Mengen von Rundzellen und reichlichen Venen durchsetztem Bindegewebe bestand. Die $40^3/_4$ Jahre alte Trägerin dieser Geschwulst, hatte diese vor 12 Jahren im Beginn der ersten Schwangerschaft als »warzenähnliche« Erhöhung bemerkt. Die anfangs nur erbsengrosse Geschwulst bekam bis zu Ende der betreffenden Schwangerschaft die Form und den Umfang einer Malaga-Weinbeere. Bis vor 2 Jahren war das Wachstum dieser kleinen Geschwulst nicht bedeutend. Von da jedoch nahm sie, ihre Ansatzstelle zu einem Stiel ausziehend, stetig an Grösse zu. Vor Eintritt der Menstruation

wurde, wie die Frau wiederholt und mit Sicherheit beobachtet hat, die Geschwulst jedesmal voller, dicker und etwas empfindlicher. Schon während der Blutung begann sie abzuschwellen.

11. Fall.

Holzmann (Inaug.-Diss. Marburg 1896) beschreibt bei einer 37 Jahre alten Frau ein Fibroma moluscum labii maior. dextri, das mit zu den grössten an dieser Stelle beobachteten gehört. Dasselbe wog 6850 g, war von 30 cm Länge, 26 cm Breite und 47 cm im Umfang. Vor 9 Jahren war der Pat. auf einmal aufgefallen, dass die rechte Schamlippe doppelt so gross sei wie die linke. 2 bis 3 Jahre vor der Operation war der Tumor nur langsam gewachsen; von da ab soll das Wachstum bedeutend rascher geworden sein und die oben beschriebenen Dimensionen erreicht haben. Die Pat. hatte nie während der Entwicklung und dem Wachstum der Geschwulst fieberhafte Anfälle, noch Schwellung der Inguinaldrüsen. Dagegen versichert sie aufs Bestimmte, jedesmal zur Zeit der Menstruation ein pralleres Anschwellen der Geschwulst bemerkt zu haben. Heilung erfolgte durch Exstirpation. Die Masse des Tumors bestand aus zahlreichen, sich nach allen Richtungen durchkreuzenden Bindegewebsbündeln, zwischen denen vielfach Zellen liegen. Gefässe, besonders mittleren Calibers, erscheinen in ziemlicher Menge, meist ist ihre Wandung erheblich verdickt. Muskelelemente waren nicht nachweisbar.

Im Vorstehenden habe ich die neuere Casuistik soweit sie mir zugänglich war, gegeben. Mehrere

ältere, zum Teil nicht näher erörterte Fälle, bieten keine bemerkenswerten Details.

Im Folgenden soll nun ein im November 1906 am städt. Krankenhaus Fürth zur Beobachtung gekommener Fall von Tumorenbildung an den äusseren weiblichen Geschlechtsorganen wegen seiner Seltenheit und Grösse näher beschrieben werden.

Patientin ist die 51jährige Glaspoliererswitwe E. St. aus Fürth. Ihr Vater und drei Geschwister sind an Lungenleiden, ihre Mutter an Wassersucht gestorben. Ein Fall von Geschwulstbildung ist in ihrer Verwandtschaft nicht vorgekommen. Ausser ihrer jetzigen Erkrankung will sie nie krank gewesen sein. Die Menstruation trat im 15. Lebensjahr ein und war immer in regelmässigen Intervallen, oft etwas schmerzhaft, von weniger Tage Dauer. Im Alter von 32 Jahren verheiratete sie sich. Sieben glatt abgelaufene Wochenbette liegen hinter ihr; die Kinder leben und sind gesund, nur eines starb an Scharlach. Den genauen Anfang ihres Leidens vermag Patientin nicht zu bestimmen, nur soviel steht in ihrer Erinnerung fest, dass sie im Alter von 21 Jahren eine fingerkuppengrosse Geschwulst an der linken grossen Schamlippe entdeckte. Bedeutung wurde dieser Neubildung damals keine beigelegt, da sie keine Beschwerden verursachte. Ganz allmählich nahm die Geschwulst an Umfang zu. Im Alter von 34 Jahren, 2 Jahre nach der Verheiratung, 13 Jahre nach Entdeckung der Geschwulst, trat die erste Schwangerschaft ein. Dabei wuchs der Tumor ziemlich rasch und wurde etwa kleinkindskopfgross. In dieser Zeit verspürte sie oft lästige, stechende Schmerzen. Nach der Geburt — der Tumor war nie

ein Hindernis weder für den Partus noch für die Cohabitation — ging zu ihrem grossen Erstaunen die Geschwulst in ihrem Umfang wieder zurück, sodass sie nurmehr die Grösse einer Kinderfaust aufwies. Dieselbe Beobachtung machte die Pat. beim Eintritt der Menstruation. Dabei wurde der Tumor grösser und praller, um nach der Regel wieder abzuschwellen. In den folgenden Schwangerschaften wuchs er langsam, aber gleichmässig. Dabei hatte er eine mehr längliche Form. Bei der Geburt des letzten Kindes war der Tumor gut zwei faustgross. Vor 3 Jahren trat Menopause ein. Patientin konnte bis vor 7 Tagen mit der inzwischen mannskopfgross gewachsenen Geschwulst gehen. Das Sitzen war nur bequem möglich, wenn sie zwei Stühle benützte, sodass die Geschwulst frei zwischen den Schenkeln herabhing. Ausser einem unangenehmen Gefühl von Schwere, oftmaligen Brennen und Stechen durch die Reibung der Kleider und der jedesmaligen Urinbenetzung veranlasst, hatte Patientin im Grossen und Ganzen wenig Beschwerden. Dieses Wohlbefinden erfuhr plötzlich eine ernste Veränderung. Vor 7 Tagen wurde sie von einem Unwohlsein überfallen; sie bekam einen Schüttelfrost, Erbrechen und Schwindel. In kurzer Zeit wurde die Geschwulst 2 mannskopfgross. Sie war gerötet, fühlte sich heiss an und verursachte bei jeder Bewegung und bei der leisesten Berührung heftige Schmerzen. »Aus Schamgefühl« wurde kein Arzt beigezogen. Ihr Zustand verschlimmerte sich jedoch so rasch, dass der endlich hinzugezogene Arzt sie sofort ins Krankenhaus zur Operation verbringen liess.

Status bei der Aufnahme am 16. XI. 1906.

Patientin ist in einem sehr reduzierten Ernährungszustand. Der Allgemeineindruck ist ein elender, schwächlicher. Die Wangen sind eingefallen mit circumscripten roten Flecken. Die Gesichtsfarbe ist ikterisch, die Zunge trocken. Atmung und Puls beschleunigt.

Lungen-Grenzen: H.U. beiderseits 12. Rippe, nur wenig verschieblich. R.V.: unterer Rand der VI. R., links die Herzdämpfung überlagernd. Atmen überall vesiculär, ohne Geräusche. Expirium etwas verlängert und hauchend.

Herz: Spitzenstoss im V.I.C.R, Erster Ton rein und hart. II. Pulm. Ton accentuiert.

Die Leber überragt 4 Finger breit den Rippenbogen. Die Milz ist palpabel. Bauchdecken schlaff. Viele alte Striae.

An den äusseren Genitalien fällt sofort die Schrägstellung der Vulvaöffnung auf; sie verläuft von links oben nach rechts unten. Am linken Labium maius hängt an einem sehr kurzen, dicken Stiel eine im Grossen und Ganzen rundliche, von vorn nach hinten etwas platt gedrückte Geschwulst von 26 cm Länge, 28 cm Breite und 78 cm Umfang. Der Tumor ist mit etwas geröteter, stellenweise braunpigmentierter, Scrotalhautähnlicher, verschieblicher Haut bekleidet. Unter der papillenreichen, mit einzelnen kurzen Schamhaaren bedeckten weichen Haut schimmern bläulich erweiterte Venenstränge. An seiner unteren Fläche zeigt er ein ca. kleinhandtellergrosses, eitrig belegtes Dekubitalgeschwür. Seine Consistenz ist derb mit einzelnen noch derberen faustgrossen Buckeln. In der Tiefe scheint an einzelnen Stellen Fluktuation zu bestehen. Er gibt völlig leeren Per-

kussionsschall. Beim Betasten äussert die Patientin lebhaftes Schmerzgefühl. Die linke, grosse Schamlippe ist ganz in den Tumor mit eingezogen und bildet mit ihrer weit ausgezogenen Innenfläche einen Teil der medialen Wand. Dadurch sieht man in den Anfangsteil der Scheidenöffnung hinein. Die Umgebung des Stieles ist weich, man fühlt ihn als dicken Bindegewebstrang in der Richtung auf den Leistenkanal zu sich fortsetzen. Die innerliche Untersuchung ergibt den Uterus in leicht anteflektierter Stellung liegend. In beiden Schenkelbeugen grosse Convolute von Varicen. Inguinaldrüsen nicht vergrössert. Varicen an Ober- und Unterschenkeln. Reissende Schmerzen in den Beinen. Puls 120, regelmässig, gut gefüllt. Temp. 39,4, Appetit schlecht. Urin eiweiss- und zuckerfrei.

Die Diagnose wurde gestellt auf Fibrom der grossen Schamlippe und Sepsis.

Der weitere Verlauf des Falles ist folgender:

17. Nov.: Temp. morgens 39,2, abends 38,1, Puls 110. Das Dekubitalgeschwür vergrössert sich rasch, es entsteht in der Nähe des ersten ein zweites. Mehrere Stühle auf Ol. Ricini. Schmerzen in der Geschwulst.

18. Nov.: Temp. 38,6, abends 37,9, Puls 120. Die Nacht war schlecht. Pat. hat Todesahnungen. Der Puls war nachts einigemale unregelmässig.

19. Nov.: Temp. 38,8, Puls 120.

Operation in Chloroform-Aether-Narkose. Oberarzt Dr. Degen. Dauer 75 Minuten.

Erst erfolgt Freilegung des äusseren Leistenringes und des Schenkelringes, um eine Hernie, die ev. mit im Spiel sein konnte, nicht zu übersehen.

Die Bruchpforten werden frei gefunden. Hierauf wird die Haut des Stieles in Form eines Ovalärs wie bei einer Amputation durchschnitten und zur Lappenbildung zurückpräpariert. Blutung aus vielen Hautvenen. Der Versuch, den Tumor durch stumpfe Ablösung mittels des Fingers herauszupräparieren, gelingt nicht, da er ohne deutliche Grenze in die Umgebung übergeht und das teilweise erweichte Gewebe keinen Widerstand dem Finger entgegensetzt. Deshalb wird auf das Geschwulstgewebe eingeschnitten, und schichtenweise der Stiel durchtrennt. Nach jedem Schnitt erfolgt eine starke Blutung aus zahlreichen kleineren und grösseren Venen. Durch die Blutstillung geht die Operation nur langsam vorwärts. Die Schnittflächen zeigen ein teilweise derberes, teilweise erweichtes, glänzendes, grauweisses, gallertiges und ödematöses Gewebe. Fortwährend sickert aus dem durchfeuchteten Gewebe dünnflüssige mit etwas Eiter und Schleim untermengte Flüssigkeit ab. Beim Fassen und Unterbinden der blutenden Gefässe reisst die Geschwulstmasse an morschen Stellen oft ein, das Instrument gleitet mit Gewebsfetzen zwischen den Branchen ab. An der medialen Seite grenzt sich der Tumor scharf gegen die Schleimhaut des Lab. mains ab und kann stumpf losgelöst werden. Freilich bleibt von diesem nur eine papierdünne, an einer Stelle talergross eingerissene Schleimhautpartie übrig. Die Hauptgefässversorgung liegt nicht in der Mitte des Stieles, sondern seitlich gegen die Vulva zu. Hier fanden sich einige stärkere arterielle Gefässe sowie cavernös erweiterte Venen. Nachdem der Tumor abgetragen ist, wird der Stumpf sorgfältig ligiert. Auf ein weiteres Vor-

dringen, um den Stiel vollständig zu entfernen, wurde wegen der Unmöglichkeit das kranke Gewebe vom gesunden zu unterscheiden und wegen der langen Dauer der mit einem grossen Blutverlust verbundenen Operation in Hinsicht auf den schlechten Allgemeinzustand der Pat. verzichtet. Es werden einige Situationsnähte der Hautlappen gelegt und die Wundhöhle mit Jodophormgaçe tamponiert.

Mittag 12 Uhr: Pat. ist pulslos, ohne Bewusstsein, kühl im Gesicht und an den Extremitäten. Die Atmung ist beschleunigt. Eine bereits während der Operation gemachte Kochsalzinfusion wird wiederholt (je 1000 gr einer 0,9% Na Cl-Lösg.); ferner heisser Caffee. Kampferinjektion.

5 Uhr: Puls fadenförmig, beschleunigt, regelm. Apathische Stimmung.

8 Uhr: Klagen über Blasenbeschwerden und Harndrang, dabei ist spontanes Urinieren nicht möglich. Der Catheder entleert wenig Urin. Temp. 37,0, Puls 120.

20. XI. Schlechte Nacht trotz Morph. Patientin spricht mit ihrer Umgebung, hat Todesahnungen. Infusion von 1000,0 Na Cl-Lösung. Pulslos. Temp. 39.0.

10 Uhr: Puls fühlbar 120, Pat. schwitzt sehr stark.

2 Uhr: Puls voller. Nachblutung gering.

5 Uhr: Puls 118, Temp. 38,2. Stimmung etwas zuversichtlicher.

8 Uhr: Na Cl-Infusion.

21. XI. Wegen stark serös-blutiger Durchtränkung Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus. Das Lab. maius teilweise schwarz gangränös. Puls

bedeutend voller und besser 84. Temp. 37,6—38,5. Allgemeinbefinden gebessert. Kathederismus.

22. XI. Temp. 38,8. Die Nacht verlief wieder schlecht. 2. spontane Urinentleerung. Leichte E-Trübung. Pat. klagt über Seitenstechen auf der Brust. Hustenreiz. Nahrungsaufnahme genügend. Wangen tief eingefallen mit circumscripten roten Flecken, Augen hohl. An den Ober- und Unterschenkeln marmorierte, landkartenförmige Streifen und Flecken von hellroter Farbe.

Abends 38,6, Puls 100, voll. Hustenreiz. Klagen über Seitenstechen. 2 mal wird blutiges Sputum ausgeworfen. Lungen ohne Befund. Urinentleerung spontan.

23. XI. Temp. 39,4, Puls 120. Kein blutiges Sputum mehr. Meteorismus, der nach einem Stuhl von mässig weicher Beschaffenheit geringer wird. Pat. unterhält sich lebhaft mit der Umgebung. Abends Temp. 39,8, Puls 130.

24. XI. Temp. 39,2, Pulslos. Atmung 60. Die Nacht trotz Morph. unruhig. Delirien. Im Laufe des Tages wird der Puls wieder fühlbar, er ist klein und sehr frequent. Benommenheit. Verbandwechsel zeigt den Wundgrund mit grünlich, eitrigen Massen belegt. Grosse Schamlippe vollständig gangränös. Abends Temp. 39,0, Puls 60, sehr klein.

25. XI. Temp. 39,8, pulslos, Atmung sehr frequent und oberflächlich. Die Nacht war sehr unruhig. Pat. schwitzt viel.

Mittag: Facies mortis, Sersorium benommen, Atmung wird langsamer und setzt aus. Abends 6 Uhr Temp. 40,0 C. Extremitäten kalt, Augen halbgeschlossen, schauen ins Leere. 7.40 Exitus letalis.

Anschliessend hieran möge der Sektionsbericht folgen:

Sektion: 26. XI. 06, vorm. 11 Uhr:

Mittelgrosse, weibl. Leiche in sehr reduziertem Ernährungszustand. Haut welk, sichtbare Schleimhäute blass. Totenstarre vorhanden. Totenflecke an den abhängigen Partien diffus verbreitet. In der l. Leistengegend eine 3 fingerbreit lange verklebte Operationswunde, die durch 4 Nähte geschlossen ist. Nach Entfernung der Suturen liegt der Leistenkanal frei. Am äusseren Leistenring etwas eitrige, gelblich-grüne Flüssigkeit. Einen Fingerbreit unterhalb eine durch Jodoformgazetampons ausgefüllte ca. handtellergrosse Wundhöhle in der Gegend zwischen Scheide und Schenkel. Nach Entfernung des Tampons sieht man in eine kleinfaustgrosse Höhle, die auf der medialen Seite durch ein Loch in der Schleimhaut des Lab. maj. mit der Scheide kommuniziert. Die Wundfläche nimmt ungefähr die Gegend des Lab. maj. und der benachbarten Schenkelfalte ein. Sie ist unregelmässig in ihrer Wandung mit teilweise zurückgelassenen Geschwulstmassen, die eitrig-nekrotisch aussehen, bedeckt. In der Scheide eitrige Flüssigkeit. Am Anus einige Hämorrhoidalvaricen.

Brusthöhle.

Muskulatur sehr atrophisch, Fett geschwunden, Rippenknorpel teilweise verknöchert. In der l. Pleurahöhle im Vergleich zu rechts etwas vermehrte Flüssigkeit, die auch links etwas flockig getrübt ist Herzbeutel leer. Lungen überall frei beweglich. Pleura glänzend und zart mit Ausnahme der vord.

und lat. Seite des l. U. L., wo der Serosaüberzug matt ist und zarte, gelbliche, fibrinöse Auflagerungen, die sich leicht abziehen lassen, zeigt. Auf dem Durchschnitt ist die Lunge lufthaltig, anämisch, weich knisternd und wenig elastisch und zeigt mit Ausnahme der rückwärtigen Partien der Unterlappen eine bleigraue, trockene Schnittfläche. Die bezeichneten unteren Lungenabschnitte, namentlich links aber, weisen dagegen ein hyperämisches, ödematöses Gewebe auf. Ueberall besteht unveränderter Luftgehalt. Die Bronchien zeigen geringgradige Injektion und schleimigen Belag ihrer Mucosa.

Kehlkopf, Trachea und Oesophagus o. B. Bifurkationsdrüsen anthrakotisch.

Das Herz entspricht der Faust der Leiche. Auf seiner Vorderfläche ein 5 Markstückgrosser Sehnenfleck. Schlaffe Beschaffenheit der braunroten Muskulatur. Anaemie. Der l. Ventr. ist in seiner Wand etwas hypertrophisch, der r. etwas dilatiert. Im l. Vorhof Blut- und Speckgerinsel. Klappen, Ostien, Sehnenfäden und Papillarmuskeln o. B. Endocard glänzend und zart.

Am Arcus aortae einige kleinere atheromatöse Einlagerungen.

Bauchhöhle.

Leber gross, l. Lappen stark ausgezogen, reicht bis zur l. mittl. Axillarlinie. Blutreichtum mässig, die Leberläppchen zeigen eine deutliche Zeichnung mit hellerer, gelblicher Peripherie und braunrotem Zentrum. Milz gross, schlaff, Pulpa quillt über die Schnittfläche, weich, von grauroter Farbe.

Nieren: Gross, von gelblich weisser Farbe auf der Schnittfläche. Rinde etwas verbreitert.

Blase: gefüllt mit wenig zersetztem Urin von trüber, schleimig-eitrige Beimengungen enthaltender Beschaffenheit. Die Schleimhaut der Blase, namentlich an der hinteren und unteren Wand injiciert, auf den Höhen der Schleimhautfalten teilweise ulceriert und mit eitrigen, fibrinösen Membranen versehen. Uterus zeigt eine frische, eitrige Endometritis. Vagina mit eitriger, gelblich-grüner Flüssigkeit, die eingelaufen ist, erfüllt.

Magen-Darmkanal mässig gefüllt, meteoristisch gebläht.

Beim Weiterpräparieren der zurückgelassenen Teile des Stieles der Geschwulst zeigt sich, das diese unklar abgrenzbar ins Nachbargewebe sich fortsetzen.

Anatom. Diagnose.

Anaemia et Emphysema et Oedema pulm. — Pleuritis serofibrinosa recens. — Hypertrophia et Dilatatio ventr. cordis. Atrophia Cordis fusca. — Atheromatosis arcus aortae. Fettinfiltration von Leber und Nieren. — Splenitis infect. — Cystitis diphtherica. — Colpitis pur. — Vulnus purul. et gangraenos in regione pubica.

Die makroscopische Untersuchung ergibt folgendes: Der zweimannskopfgrosse Tumor ist in seiner ganzen Ausdehnung von einer ziemlich stark pigmentierten, spärlich mit Haaren besetzten Cutis überzogen. Dieselbe ist bis auf einige dekubitale Geschwüre unverändert, lässt sich in Falten von dem eigentlichen Tumor abheben und leicht stumpf abpräparieren. Die eine Hälfte besitzt eine derb-elastische

Consistenz und zeigt sich auf dem Durchschnitt aus einem homogenen, grauweissen Gewebe zusammengesetzt, das durch Züge derben Bindegewebes in zahlreiche, talergrosse Läppchen geteilt ist. Die andere Hälfte der Geschwulst ist weich und zeigt über einer handtellergrossen Stelle Fluktuation. Beim Einschneiden eröffnet man eine nahezu apfelgrosse Höhle, aus der eine mit weichen, markigen Gewebsfetzen untermischte, stark blutige Flüssigkeit quillt. Diese Höhle besitzt eine unregelmässige Wandung, die aus weichem, markigen, von zahlreichen Hämorrhagien durchsetzten, homogenen Gewebe besteht.

Histologisch handelt es sich, wie das aus den mit Haematoxylin-Eosin, sowie nach van Gieson gefärbten Paraffinschnitten hervorgeht, um ein ziemlich kernreiches Fibrom mit sich durchflechtenden und wellig angeordneten, feineren und derberen Bindegewebsfasern. Die zentralen Partien der Geschwulst sind stellenweise kernweicher, die Grundsubstanz ist jedoch überall deutlich vorhanden. Mehr nach der Peripherie hin wird der Tumor kernärmer, die einzelnen Bindegewebsbündel werden massiger, durchflechten sich, ein lockeres Maschenwerk bildend. Die Maschen des Bindegewebsnetzes sind stellenweise mit homogenen, sich mit Eosin schwach rot färbenden (eiweissreichen) Massen ausgefüllt. Ausserdem sieht man zwischen den Bindegewebsbündeln Hohlräume, die von polygonalen, mehr runden oder ovalen Zellen ausgekleidet sind mit meist rundem, seltener lappigen oder halbmondförmigen, zentral gelegenen, sich stark färbenden Kern. Es sind das offenbar die Endothelien der Lymphspalten. In den Lumen dieser Hohlräume finden sich die gleichen Zellen in reich-

licher Anzahl. Das Geschwulstgewebe ist von zahlreichen, weitkalibrigen Gefässen durchsetzt, deren Wand stellenweise nur von einer Endothellage gebildet ist. In ihrer Umgebung haben an vielen Stellen Hämorrhagien stattgefunden. In jedem Schnitt finden sich mehr oder weniger zahlreiche, nekrotische Gewebspartien mit thrombosierten Gefässen. (Weigert'sche Fibrinfärbung). In den Gefässlumina sieht man reichlich polymorphkernige Leucocythen, die zum Teil schon die Gefässwand passiert haben und das Geschwulstgewebe gleichmässig durchsetzen. An anderen Stellen lösen sich die Bindegewebsbündel gleichsam auf, die einzelnen Stellen nehmen Sternform an, anastomisieren miteinander und lassen eine feine, schleimige, am gehärteten Präparat fädig erscheinende Grundsubstanz zwischen sich erkennen.

Es handelt sich also nach dem histologischen Befund um ein entzündlich infiltriertes, blut- und lymphgefässreiches, ödematöses Fibrom mit relativ grossem Kernreichtum, das neben zahlreichen Nekrosen und Haemorrhagien stellenweise schleimige Umwandlung aufweist.

Was die Aetiologie unsres Falles betrifft, so ist sie dunkel wie die aller Tumoren. Nach der Aussage der Patientin bemerkte sie zufällig eines Tags vor 30 Jahren die Geschwulst als kleinen Knoten. Relativ häufig findet sich die Angabe, dass diese Tumoren aus einer kleinen Warze entstehen, und die Angabe unsrer Pat. hätte wohl auch dahin gelautet, wenn sie bereits früher die Anfänge der Geschwulst bemerkt hätte. In der Literatur finden sich neben der verlassenen Ansicht Scanzonis, dass kleinere nicht vollkommen resorbierte Blutextravasate, wie sie z. B.

im Verlauf der Geburt entstehen können, das veranlassende Moment zur Bildung der Fibrome abgeben können, einigemale Trauma angegeben.

Für den Ausgangspunkt unsres Fibroms möchte ich nach den Untersuchungen von Sänger (W. Merkel: Fibrom im Lab. maj. Festschrift zur Feier des 50jähr. Bestehens des Aerzl. Vereins Nürnberg 1902) das Ligamentum rotundum halten. Denn wenn auch bei der Sektion wegen des ödematösen Bindegewebes und der undeutlichen Abgrenzung des Stieles der Geschwulst gegen das benachbarte Gewebe ein Beweis hiefür nicht erbracht wurde, so spricht doch der Nachweis der hauptsächlichen Gefässversorgung, die nicht in der Mitte des breit aufsitzenden Stieles lag, sondern excentrisch, der Scheide nähergelegen, in einem gegen den Leistenkanal zuziehenden Bindegewebsstrang für die Ansicht Sängers. Dieser wies nach (ibidem), dass der grösste Teil dieser Geschwülste sich von den Ausläufern des Ligamentum rotundum aus entwickelt; dieses Band sei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Ausgangspunkt für Myome, Fibrome und cystische Bildungen, die sich in dieser Gegend finden. Zielewics (Deutsche med. Wochenschrift 1886, referiert bei H. Esser, Inaug.-Diss. Bonn 1892) hat die Fibrome an den grossen Schamlippen je nach ihrem Ausgangspunkt in zwei Categorien eingeteilt. Zu der einen rechnet er diejenigen Fibrome, welche entweder mit der Fascia pelvis, mit dem Periost der Beckenknochen oder auch mit diesen beiden zugleich verwachsen sind und von diesen Gebilden ihren Ursprung zu haben scheinen. Diesen Ausgangspunkt hat zuerst Kiwisch angenommen. Ihm schliesst sich Kleinwächter an, wenn er als

Ausgangspunkt dieser Geschwülste das Bindegewebe oder die Muscularis des Septum rectovaginale oder das Septum vesicovaginale mit nennt (Referiert bei W. Merkel etc.). Während diese Fibrome (nach Zielewics) mit breiter Basis aufsitzen, eine kugelige Gestalt annehmen, aber die Schamlippen nicht auszerren und nicht gestielt werden, haben die zweite Categorie, die er die echten Fibroide nennt, die mehr superficiellen Ursprungs sind und vom Unterhautzellgewebe der grossen Labien ausgehen sollen, das Charakteristische, dass sie sehr langsam nach aussen wachsen und bei einer gewissen Schwere die Labie zu einem Stiel ausziehen.

Ein Punkt meiner Krankengeschichte verdient noch besonderes Interesse: Der Einfluss der Menstruation und der Schwangerschaft auf die Geschwulst. Wie die im Uebrigen keine besondere Beobachtungsgabe besitzende Frau mit Bestimmtheit angab, schwoll bei jeder monatlichen Regel der Tumor an und nahm darnach wieder seinen früheren Umfang an. Auch im Verlauf der ersten Schwangerschaft soll die Geschwulst rascher gewachsen sein und dadurch mehr Beschwerden verursacht haben. Bei den späteren 6 Schwangerschaften will sie dies nicht bemerkt haben. Doch mag es durch die bei der 2. Schwangerschaft schon ziemliche Grösse des Tumors und durch die schwächere Aufmerksamkeit bei der Wiederholung eines gewohnten Vorgangs übersehen worden sein. Diese Eigenschaft, die auf eine während dieser Zeiten bedingte grössere Blutzufuhr und dadurch stärkeren serösen Durchtränkung der betreffenden Teile zurückzuführen ist, ist für die an den inneren Sexualorganen zur Entwicklung kommenden Fibrome längst bekannt. Klob

(Pathologische Anatomie der weibl. Sexualorgane, Wien 1864) gibt an, dass auch die Fibrome der Schamlippe dieses Verhalten zeigen. In den von mir referierten Fällen wird diese Eigentümlichkeit in Abrede gestellt in 3 Fällen, keine Angabe findet sich in fünf, ausdrücklich betont wird es in drei Fällen. In diesen drei Fällen aber und in dem unsrigen sind wir auf die Angaben der Patientinen angewiesen. Klinisch sicher beobachtet und bewiesen fand ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur keinen Fall.

Auf die unterscheidenden Merkmale zwischen Elephantiasis und Fibrom bin ich schon oben eingegangen. Differentialdiagnostisch käme noch die Abgrenzung gegenüber dem Lipom in Betracht. Auch das Lipom an dieser Stelle zeigt ein ähnliches Verhalten in seinem Wachstum wie das Fibrom; es geht entweder vom Fettgewebe des Mons neveris oder von dem der Labie aus, kann gestielt herabhängen eine respektable Grösse erreichen; im allgemeinen ist seine Consistenz weicher. Praktisch ist eine genaue Unterscheidung zwecklos, da beide gutartige Geschwülste bilden, deren Entfernung mit dem Messer, wenn sie nicht schon durch Infektion entzündlich erweicht sind, eine sichere Heilung garantiert. Wie schwer oft die Unterscheidung wird, zeigt Bindemann (Ein Fall von Fibromyxom des rechten Labiums maius. Inaug.-Diss. Erlangen 1894). Bei zwei grossen Fibromyxomen wurde jedesmal die Diagnose auf Lipom gestellt. Erst nach der Operation stellte der mikroskopische Befund den Fall klar.

Die Prognose ist im allgemeine eine gute. Wenn der körperliche Zustand des Trägers der Geschwulst ein guter ist, wenn die Gefässversorgung keine zu

reichliche Dimensionen annimmt und sich der Tumor gut von den Nachbarorganen abgrenzen lässt, wird eine leichte Operation die Patientin ein für allemal von ihrem Leiden befreien. Dass aber diese gutartigen Geschwülsten unter Umständen zu grossen, schweren Operationen führen können, davon legt unser mitgeteilter Fall Zeugnis ab.

Zum Schluss obliegt mir noch die angenehme Pflicht meinem Chef, Herrn Oberarzt Dr. Degen für die Ueberlassung des Falles, sowie Herrn k. Universitätsprofessor Dr. Hauser für die Uebernahme des Referates und für sein freundliches Interesse an der Arbeit und dem II. Assistenten des path.-anatom. Instituts Erlangen, Herrn Dr. Funccius für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der mikroskopischen Präparate meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Geboren am 22. März 1880 als Sohn des damaligen k. Postassisten Franz Daxl und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Winterstein zu Nürnberg, besuchte ich die Volksschule und das k. alte Gymnasium zu Regensburg. Nach Absolvierung desselben und Beförderung meines Vaters zum k. Postmeister nach Nürnberg ging ich an die Universität Erlangen, wo ich im 1. Semester mein erstes Halbjahr mit der Waffe beim k. 19. Inf.-Regiment abdiente. Hierauf besuchte ich drei Semester die Universität München, um am Anfang des fünften Semesters mein Testamen physicum in Erlangen zu bestehen Hier blieb ich dann bis zur Beendigung meiner ärztlichen Studien. Der Schlussprüfung unterzog ich mich im Wintersemester 1905/06 und bestand sie am 9. April 1906 mit dem Prädikat »gut.« Seit 1. Juli 1906 bin ich Assistenzarzt am städtischen Krankenhause Fürth.